



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: MOHAMMAD HILAL MOHAMMAD IQBAL		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 27-Jul-2001	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: TMNL-3NMM-VMVM-5VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة	حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	: J18.9 - Pneumonia, unspecified organism, J22 - Unspecified acute lower respiratory infection, J45.991 - Cough variant asthma, J01.41 - Acute recurrent pansinusitis, R06.02 - Shortness of breath, J45.21 - Mild intermittent asthma with (acute) exacerbation
-----------	--

التشخيص

AETIOLOGY	: Enter Aetiology
-----------	--

لمسببات المرضية

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

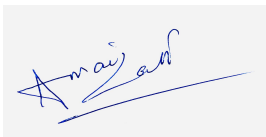
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	: Complaint KNOWN ASTHMATIC PRESENTED WITH ACUTE EXACERBATION SEONDARY TO INFECTION COUGH WITH SPUTUM CAUSING SHORTNESS OF BREATH TRIGGERED BY DUST sneezing ,nasal congestion ,HIGH GRADE FEVER 20/03/25 associated with fever sudden onset headache , bodypain 20/08/25 shortness of breath started 20/08/25 trouble breathing for many months no other medical conditions family hx of asthma (mother) bp is elevated , o/e ; TACHYPNEA R/R 24BREATHS/MIN hyperemic pharynx chest : BOTH INSPIRATORY AND EXPIRATORY wheezing
----------	--

العراض المرضية

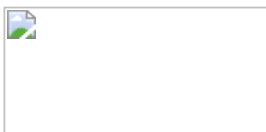
CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	86005	Allergen Specific Ige Qual Multiallergen Screen	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			

TREATING PHYSICIAN	: DR Amaizah	
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة	جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
		Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP	 Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 23/08/2025
توقيع وختم الطبيب		التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	